

## The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Alexithymia and Reduction of Aggression in Students with Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

Khodamorad Momeni<sup>1</sup>, Somayeh Lorestani<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Associate Professor, Razi University, Kermanshah, Iran

<sup>2</sup>M.A Student of psychology, Razi University, Kermanshah, Iran

### Article History

**Received:** 2020/12/19

**Revised:** 2022/12/26

**Accepted:** 2023/03/12

**Available online:** 2023/02/24

**Article Type:** Research Article

**Keywords:** ADHD, play therapy, Alexithymia, aggression

### Corresponding Author\*:

Somayeh Lorestani, M.A Student of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran

**Postal code:** 6714673175

**ORCID:** 0000-0003-3359-2049

**E-mail:** psychologyscience.2020@gmail.com

### Dor:

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1402.16.2.1.9>

### ABSTRACT

The present study was conducted with the aim of investigating cognitive-behavioral game therapy on alexithymia and reducing aggression in students with attention-deficit/hyperactivity disorder. The current study was experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all students with hyperactive/inattentive disorder in Kermanshah city, from which a sample of 30 people was selected using convenience sampling and randomly assigned to two experimental and control groups. The tools of this research included cognitive behavioral game therapy protocol, Eysenck's Aggression Questionnaire (1975) and Toronto Alexithymia Questionnaire (1994). The treatment program was implemented for eight sessions of 30-45 minutes duration twice a week. The findings of covariance analysis showed that the cognitive-behavioral game therapy program significantly reduced emotional problems, alexithymia and aggression in children with hyperactivity/inattention disorder. Finally, the results showed that play therapy can be used as a suitable method to reduce children's emotional and behavioral problems.

**Citation:** Momeni, Km., Lorestani, Somayeh. (1400/ 2022). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Alexithymia and Reduction of Aggression in Students with Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), 16 (2). 1-12, Dor: <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1402.16.2.1.9>

## اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر آلکسیتایمیا و کاهش پرخاشگری در دانش آموزان مبتلا به اختلال فزون کنشی/بی توجهی (ADHD)

خدامراد مؤمنی<sup>۱</sup>، سمیه لرستانی<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup>دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه رازی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

<sup>۲</sup>کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه رازی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

### اطلاعات مقاله

### چکیده

دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۲۹

اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۱۰/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۴

انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۱۲/۲۴

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی؛ فزون کنشی/بی توجهی؛ ناگویی خلقی؛ پرخاشگری

نویسنده‌ی مسئول\*:

سمیه لرستانی، کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه رازی، واحد کرمانشاه، ایران

کد پستی: ۶۷۱۴۶۷۳۱۷۵

ارکید: ۲۰۴۹-۳۳۵۹-۰۰۳-۰۰۰-۰۰۰

پست الکترونیکی:

psychologyscience.2020@gmail.com

پژوهش حاضر با هدف بررسی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر آلکسیتایمیا و کاهش پرخاشگری در دانش آموزان با اختلال فزون کنشی/بی توجهی انجام شد. پژوهش حاضر از نوع تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل تمام دانش آموزان با اختلال فزون کنشی/بی توجهی شهر کرمانشاه بودند که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار این پژوهش شامل پروتکل بازی درمانی شناختی رفتاری، پرسشنامه‌ی پرخاشگری آیزنک (۱۹۷۵) و پرسشنامه‌ی آلکسیتایمیا تورنتو (۱۹۹۴) بود. برنامه‌ی درمانی به مدت ۸ جلسه ۳۰-۴۵ دقیقه‌ای به صورت دو بار در هفته برای گروه آزمایش اجرا شد. یافته‌های تحلیل کوواریانس نشان داد که برنامه‌ی بازی درمانی شناختی- رفتاری موجب کاهش مشکلات هیجانی، آلکسیتایمیا و پرخاشگری در کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی/بی توجهی می‌شود ( $P < 0.001$ ). در نهایت نتایج نشان داد که بازی درمانی می‌تواند به‌عنوان روشی مناسب در کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان به‌کار رود.

## مقدمه

اختلال فزون کنشی / بی توجهی نوعی اختلال رشدی عصبی است که با مشکلات تکانش گری و بی توجهی قابل ملاحظه به عنوان شایع ترین اختلال عصبی رشدی در دوران کودکی در نظر گرفته می شود (زانک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). معیارهای کتابچه‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> برای اختلال فزون کنشی / بی توجهی با مجموعه‌ای فراگیر از رفتارهای بی توجهی و بیش فعالی - تکانش گری که در عملکرد و رشد اختلال ایجاد می کند، و با سطح رشد ناهماهنگ‌اند و بر فعالیت‌های اجتماعی و تحصیلی و شغلی تأثیر منفی می گذارند مشخص می شود. فزون کنشی / بی توجهی حدود ۸-۵٪ کودکان سنین مدرسه را مبتلا می کند و ۸۵-۶۰٪ افرادی که در کودکی این تشخیص را دریافت کنند در نوجوانی واجد ملاک‌های این اختلال بوده و تا ۶۰٪ درصد آن‌ها علائم آن‌ها تا بزرگسالی ادامه می یابد. کودکان، نوجوانان و بزرگسالان با فزون کنشی / بی توجهی اغلب تخریب قابل توجهی در کارکردهای تحصیلی و موقعیت‌های اجتماعی نشان می دهند که اغلب با اختلالات دیگری از جمله اختلالات یادگیری، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی و اختلالات رفتاری همایند است. شیوع این اختلال در کل جمعیت، در پسرها شایع تر از دخترها است، به طوری که میزان آن در کودکان تقریباً ۲: ۱ و در بزرگسالان ۱: ۱/۶ است. با این وجود دختران بیشتر از پسران ویژگی بی توجهی را نشان می دهند (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ۵، ۲۰۱۶/۱۳۹۵). افراد با اختلال فزون کنشی / بی توجهی در مقایسه با همسالان عادی خود مشکلات مختلفی، از جمله ناتوانی تحصیلی، اختلال در عملکرد اجتماعی، افزایش رفتارهای پرخطر، افزایش مصرف مواد و کاهش درآمد و مشارکت در بازار کار در بزرگسالی را تجربه می کنند (گرومن، جانسن و اوسترلان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷).

یکی از مهم ترین مشکلات افراد با اختلال فزون کنشی / بی توجهی آلکسیتیمیا است. آلکسیتیمیا، در لغت به معنای "کمبود کلمات برای بیان احساسات"<sup>۴</sup> است که رابطه نزدیکی با تئوری ذهن دارد. آلکسیتیمیا به عنوان یک سیستم تنظیم عاطفه و هیجان مفهوم سازی شده است که نحوه ی اختلال در شناسایی و بیان احساسات، استفاده از تخیل (دیدگاه ذهن) برای تنظیم احساسات، پیدا کردن راه حل های خلاقانه در جهت حل مشکلات و برقراری ارتباط در جهت رفع نیازها را مطرح می نماید (لومینت، باگی و تایلر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). مطالعه‌ای که آلکسیتیمیا را در کودکان با فزون کنشی / بی

توجهی، بررسی نموده نشان داده که آلکسیتیمیا به طور قابل توجهی با شدت فزون کنشی / بی توجهی هم خوانی دارد، و به طور خاص علائم بیش فعالی / تکانش گری را می توان در طیف آلکسیتیمیا بررسی کرد (دون فرانسیسکو و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳). در واقع کودکان و نوجوانان با اختلال فزون کنشی / بی توجهی مجموعه‌ای از نشانه‌ها را بروز می دهند که شامل بی نظمی هیجانی، تکانش گری عاطفی و دشواری در مدیریت حالات عاطفی می شود. آلکسیتیمیا نشان دهنده‌ی حالتی است که در آن افراد نمی توانند احساسات خود را به منظور ایفای رفتار سازگارانه تعدیل کنند. فراتحلیل گرازیانو و گارسیا (۲۰۱۶) بیان داشته که کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی / بی توجهی دارای نقص عملکرد اجرایی، از جمله اختلال در توانایی تشخیص و بیان احساسات و واکنش دهی به مسائل عاطفی و هیجانی و به کاربردن استراتژی های مؤثر در کنترل محیط می باشند. علاوه بر این، مطالعات اخیر نشان داده که فرآیند نظریه‌ی ذهن تا حدی اختلال در تنظیم احساسات را در این کودکان توجیه می کند (اوزبارانا، کالیونکوب، کوزا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸).

درواقع آلکسیتیمیا را به عنوان ساختاری در رابطه با دشواری در تجربه کردن، شناسایی و بیان احساسات، ناتوانی در برقراری ارتباط با دیگران، عدم وجود تخیل و تصورات، سبک تفکر منطقی و تو بعدی که احساسات را در خود جای نمی دهد توصیف می کنند. آلکسیتیمیا یک تشخیص بالینی نیست و متخصصان سلامت آن را یک اختلال نمی دانند، اگرچه ممکن است در کنار برخی از شرایط سلامت روان اتفاق بیفتد. افراد مبتلا به آلکسیتیمیا مشکلات مربوط به سردرگمی در مورد احساسات خود و دیگران را تجربه می کنند که تشخیص و پاسخ دادن به احساسات دیگران را دشوار می کند که در نهایت منجر به ایجاد مشکلات در محیط‌های اجتماعی و روابط بین فردی می شود (تیموتی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹). امروزه آلکسیتیمیا یکی از مشکلات همایند با فزون کنشی / بی توجهی محسوب می شود که حدود ۳۴-۷۰٪ از افراد مبتلا به اختلال فزون کنشی / بی توجهی را تحت تأثیر قرار می دهد و یکی از عوامل اصلی فزون کنشی / بی توجهی به حساب می آید. با این حال، این یک واقعیت است که اختلال آلکسیتیمیا منحصر به اختلال فزون کنشی / بی توجهی نیست، و گروهی از افراد مبتلا هیچ اختلالی در بروز هیجان‌ها نشان نمی دهند، اما به طور کلی پژوهش‌ها نشان می دهد که اختلال در تنظیم هیجان و اختلال اصلی فزون کنشی / بی توجهی مقوله‌هایی مجزا، ولی همراه با هم هستند و ارتباط نزدیکی با علائم اصلی فزون کنشی / بی توجهی، به ویژه عدم توجه، کنترل اجرایی و کنترل عملکردی دارد (شاو و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴). اختلال فزون

<sup>6</sup> ozbarana, Kalyoncub & Kosea

<sup>7</sup> Timothy

<sup>8</sup> Shaw and et al

<sup>1</sup> Zang

<sup>2</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

<sup>3</sup> Groenman, Janssen, Oosterlaan

<sup>4</sup> Luminet, Bagby & Taylor

<sup>5</sup> Donfrancesco and et al

درمانی، کودکان برای یادگیری آزاد هستند. یکی از مؤثرترین روش‌های بازی‌درمانی، بازی‌درمانی شناختی- رفتاری است که از تکنیک‌های شناختی و رفتاری در قالبی سرگرم‌کننده و بدون تهدید در جهت پاسخگویی کودکان استفاده می‌کند. برای تسهیل روند بهبود کودکان، والدین نیز باید آموزش ببینند که چگونه رفتار فرزندان خود را درک و مدیریت کنند. بازی‌درمانی به‌طور مداوم کودکان را درگیر می‌کند، کلامی شدن احساسات آن‌ها را تقویت می‌کند و به آن‌ها کمک می‌کند تا رفتار و افکار خود را تنظیم کنند و در نتیجه روابط مثبتی را با جهان اطراف برقرار نمایند (کاداسون<sup>۸</sup>، ۲۰۲۰).

بازی درمانگر رابطه‌ی مهمی با کودک ایجاد می‌کند که به کودک اجازه می‌دهد تاب‌آوری را توسعه دهد (پست و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹). بازی‌درمانی با جمعیت‌ها و سنین مختلف برای درمان انواع اختلالات و شرایط متعدد از جمله فزون کنشی/ بی‌توجهی مورد استفاده قرار گرفته است و به‌عنوان یک درمان منتخب در بهداشت روان در هر سنی قابل اجرا شناخته شده است (ردی و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶). امروزه بازی‌درمانی به‌عنوان یک مداخله‌ی اصلی یا به‌عنوان یک درمان کمکی برای شرایط چندگانه در سلامت روان استفاده می‌شود (دریوز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹/۱۳۸۹) و به‌طور فزاینده شواهد تحقیقاتی وجود دارد که استفاده از بازی‌درمانی را برای مشکلات بی‌شماری در کودکان پشتیبانی می‌کند که مشخص‌ترین آن‌ها اختلالات فزون کنشی/ بی‌توجهی، اضطراب، وسواس، افسردگی، اختلالات طیف اوتیسم، سلوک، مدیریت خشم، مدیریت بحران، مشکلات خانواده، رشد تحصیلی و اجتماعی و اختلالات جسمی و یادگیری است (لین و براتون، ۲۰۱۵).

در پژوهش حاضر از روش بازی‌درمانی شناختی رفتاری به‌عنوان برنامه مداخله استفاده شده است که به کودک کمک می‌کند تا با تسلط بر خود و محیط اثرگذار باشد زیرا در حین بازی، کودکان هدایت می‌شوند تا نیاز اساسی کاوش و تسلط بر محیط خود را برآورده کنند، همچنین بازی در پیشرفت تفکر خلاق نقش دارد و راهی برای آزادسازی احساسات کودکان فراهم می‌کند. در حین بازی، کودکان تجربیات نامطلوب زندگی را با تجزیه آن‌ها به قسمت‌های کوچک‌تر از طریق تخلیه‌ی حالات عاطفی یا فریم‌های ذهنی، مکرراً تجربه می‌کنند و هر تجربه را به‌وسیله‌ی عملکردهای اجرایی سطح بالا به درک واقع بینانه‌ی نزدیک می‌کنند (هومیر و مریسون<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۸). در نهایت با توجه به اهمیت و ضرورت امر آموزش و گسترش تشخیصی

کنشی/ بی‌توجهی همراه با الکسیتی‌میما افراد را در معرض ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی از جمله اختلالات خلقی و اضطرابی و اختلالات یادگیری قرار می‌دهد (وست وود و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۷). و به‌طور گسترده‌ای ساختارهایی مانند انگیزش و خودتنظیمی هیجانی را مختل می‌کند، که در نهایت موجب عدم کنترل بر احساسات و سطح بالایی از نوسانات عاطفی می‌شود (فاروان و همکاران<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۹).

یکی از مهم‌ترین این مشکلات پرخاشگری است (هارتی و همکاران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۹). هرگونه رفتار با قصد واردکردن صدمه- خواه به خود، دیگران یا اشیاء پرخاشگری نامیده می‌شود (کمبل و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۶) پرخاشگری یک نتیجه‌ی نامطلوب کاملاً اثبات شده و بالقوه در افراد مبتلا به فزون کنشی/ بی‌توجهی است (کلاين و همکاران<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۲). به نظر می‌رسد پرخاشگری در اختلال فزون کنشی/ بی‌توجهی با ناامیدی، پیش‌بینی ناخوشایند شرایط و مشکلات کنترل انگیزه مرتبط باشد، همچنین پرخاشگری در این اختلال به‌صورت پاسخی تکانشی به محرک‌های محیطی و پاسخی عمدی است که به‌عنوان روشی برای دست‌یابی به یک هدف تلقی می‌شود (آنتشل و سیمونز<sup>۱۸</sup>، ۲۰۲۰). طبق گزارش‌ها، بیش از ۵۰٪ از کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی/ بی‌توجهی رفتارهای پرخاشگرانه نشان و هرچه کودکان با فزون کنشی/ بی‌توجهی بزرگ‌تر می‌شوند، نحوه بازنمایی اختلال در آن‌ها و تأثیر آن بر خانواده‌ها تغییر می‌کند. مشکلات اساسی عملکرد اجرایی که در این کودکان مشاهده می‌شود، بسته به خواسته‌های فرد از محیط پیرامون خود، باعث ایجاد تصویر متفاوتی در زندگی آینده می‌شود و این با توجه به مسائل خانوادگی، مدرسه، سن، توانایی شناختی و بینش کودک متفاوت است و این موضوع نیازمند فراهم کردن محیطی است که به نیازهای فرد مبتلا به فزون کنشی/ بی‌توجهی حساس باشد و از پیامدهای این اختلال آگاه باشد. مدیریت بهینه پزشکی و رفتاری با هدف حمایت از افراد درگیر این اختلال به آن‌ها این امکان را می‌دهد که در صورت به حداقل رساندن تأثیرات منفی محیطی و آموزشی بر خود و جامعه کنترل یابند و از پتانسیل درونی خود استفاده کنند (هارپین<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۵). متداول‌ترین روش‌های درمانی این اختلال شامل دارودرمانی، اصلاح رفتار، آموزش شناختی، درمان شناختی رفتاری و سیستم درمانی خانواده است. علاوه بر این، طی ۲۰ سال گذشته، بازی درمانی به یک گزینه‌ی درمانی مناسب تبدیل شده است. در جلسه‌ی بازی

7 Harpin

8 Kaduson

9 Post and et al

10 Reddy and et al

11 Drewes

12 Homeyer &amp; Marrison

1 Westwood and et al

2 Faraone and et al

3 Harty and et al

4 Campbell and et al

5 Klein and et al

6 Antshel, Simmons

اخلاق به حساب می‌آید؟/ آیا ترجیح می‌دهید به دیگران بگویید که با عقایدشان موافق هستید تا مجبور نباشید بحث کنید؟<sup>۱</sup>. روایی این مقیاس از نوع روایی محتوای خود آیزنگ تعیین کرده است بدین ترتیب که آن را برای انجام دادن کارهای کلینیکی تهیه و روی بیش از ۱۲۰۰۰ زن، مرد، کودک، افراد بالغ، بهنجار، عصبی، بیمار روانی، و ضمناً ۲۰۰۰ زوج دوقلو و علاوه بر آن تعداد زیادی افراد بالغ و کودک نیز، که در تهیهی الگوهای اولیه هنجارها از آن‌ها استفاده شده بود، اجرا کرده است. در ایران این آزمون در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته زمانی (۲۰۱۱/۱۳۹۰) اعتبار آزمون را محاسبه و ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون را ۰/۷۴ به دست آورده است (آیزنگ، ۱۹۷۵، به نقل از گنجی، ۱۳۹۱). پایایی این ابزار توسط ملکی و همکاران (۲۰۱۱/۱۳۹۰) با استفاده آلفای کرونباخ ۰/۶۹ و در یک پژوهش دیگر توسط حیدری و همکاران (۲۰۱۶/۱۳۹۵) آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش شده است (احمدی تبار، جعفری و شفیی، ۱۳۹۹). در پژوهش در تاج (۲۰۰۹/۱۳۸۸) پایایی آن با استفاده از کودر ریچارد سون ۰/۷۴ به دست آمد. پایایی و اعتبار این آزمون توسط محامد و همکاران (۲۰۱۶/۱۳۹۵) به ترتیب (۹۴٪) و (۸۱٪) به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی ثبات و تکرارپذیری و دقت مقیاس مزبور است (جدیدی و دشتی، ۲۰۲۲/۱۴۰۰).

**پرسش‌نامه‌ی آلکسیتیمیا (ناگوی هیجانی) تورنتو<sup>۲</sup>:** یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را شامل می‌شود. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می‌شود. این سه عامل بیانگر جنبه‌های مجزای آلکسیتیمیا هستند و اعتبار آن‌ها از لحاظ تجربی مورد تأیید قرار گرفته است. عامل ۱ (مشکل در تشخیص احساسات)، عامل ۲ (مشکل در توصیف احساسات) و عامل ۳ (جهت‌گیری فکری بیرونی) است. برخی از سؤالات پرسش‌نامه به شرح زیر است: «برای من سخت است که واژه‌ی مناسبی برای احساساتم پیدا کنم. / می‌توانم به راحتی احساساتم را توصیف کنم. / آگاه بودن از احساسات لازم است. باگبی، پارکر و تایلر (۱۹۹۹) روایی هم‌گرا و افتراقی مقیاس مذکور را از طریق همبستگی با مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی نمونه‌ی دانشجویی مورد تأیید قرار داده‌اند هم‌چنین در پژوهشی دیگر توسط پارکر، تیلور و باگبی (۲۰۱۳) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی را ۷۷/۰ محاسبه کردند (عراقی و همکاران، ۲۰۲۰). در نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه، قربانی و همکاران پایایی این مقیاس را در نمونه‌ی ایرانی

اختلال ناتوانی یادگیری خاص در مدارس، و هم‌چنین با در نظر گرفتن شرایط سنی کودکان که نیاز به برنامه‌های خاص و متفاوتی دارند که یادگیری را برای آن‌ها دست‌یافتنی‌تر نماید و کودکان بتوانند با آن ارتباط برقرار نمایند و متناسب با روحیه‌ی کودکان باشد بازی‌درمانی به‌عنوان یک مداخله‌ی سودمند بر اساس پیشینه‌ی پژوهشی قوی مورداستفاده قرار گرفت. بنابراین با توجه به مسائل ذکرشده، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر آلکسیتیمیا و کاهش پرخاشگری در کودکان با اختلال ناتوانی یادگیری خاص انجام شد.

## شرکت‌کنندگان

جامعه‌ی آماری پژوهش را تمام دانش‌آموزان با فزون کنشی/بی‌توجهی که برای درمان به مراکز آموزشی اختلالات فزون کنشی/بی‌توجهی در استان کرمانشاه مراجعه کرده‌اند را شامل شد که از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر به‌صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفری) و کنترل (۱۵ نفری) قرار گرفتند.

## روش

### طرح پژوهشی

پژوهش حاضر آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. به این صورت که برای گروه آزمایش مطابق برنامه‌ی مداخله‌ای جلسات بازی‌درمانی اجرا شد ولی گروه کنترل هیچ آموزشی خاصی دریافت نکردند و هر دو گروه به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسش‌نامه‌های طرح آزمایشی را پاسخ دادند.

## ابزارهای سنجش

**پرسش‌نامه‌ی پرخاشگری آیزنک<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه یک ابزار ۳۰ سؤالی است که میزان پرخاشگری را می‌سنجد. اگر علامت سؤال (+) باشد و آزمودنی نیز پاسخ مثبت (بلی) بدهد، دو نمره دریافت خواهد کرد اما اگر پاسخ منفی بدهد نمره نخواهد گرفت. یعنی اگر به پاسخی که علامت مثبت دارد، پاسخ نمی‌دانم بدهد، یک نمره دریافت خواهد کرد. در مورد سؤالاتی هم که علامت منفی دارند، به این شیوه عمل خواهد شد. یعنی، اگر پاسخ سؤال منفی باشد و آزمودنی نیز پاسخ منفی بدهد، دو نمره خواهد گرفت. اگر پاسخ مثبت بدهد نمره نخواهد گرفت و اگر پاسخ نمی‌دانم بدهد، یک نمره دریافت خواهد کرد. حداکثر نمره در این آزمون ۶۰ و حداقل آن صفر خواهد بود. برخی از سؤالات پرسشنامه به شرح زیر است: «آیا اغلب می‌توانید از ابزار ناراحتی خودداری کنید؟/ آیا فردی خوش

<sup>2</sup> Persian Version of Toronto Alexithymia Scale-20 (FTAS-20)

<sup>1</sup> Aggression questionnaire Eysenck

احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب، ۰/۷۲، ۰/۷۵، ۸۲/۰، محاسبه شده است. (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۳).

### بررسی مداخله

در پژوهش حاضر از روش بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری استفاده شد که دانش آموزان به مدت ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه در برنامه‌ی تنظیم شده درمانی شرکت کردند. جلسات به مدت ۲ بار در هفته به شکل منظم اجرا شد. در جلسات ارائه شده از کتاب‌هایی راجع به موضوعات مختلف مرتبط با احساسات، اضطراب، جدایی، رفتن به مدرسه‌ی جدید و ... و عروسک‌های مختلف جهت برقراری ارتباط استفاده شد. دلیل استفاده از روش زیر تناسب آن با مشکلات شناختی و هیجانی دانش آموزان شرکت کننده در مداخله بود و خلاصه‌ی جلسات در جدول شماره ۱ اشاره شده است.

برای دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۴، دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر متوجه بیرون ۰/۵۰ به دست آورده‌اند، آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانی همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی باز آزمایی مقیاس ناگویی هیجانی در دو نوبت با فاصله‌ی ۴ هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای ناگویی هیجانی کل و زیر مقیاس‌های مختلف تأیید شد (بشارت، ۱۳۹۲/۲۰۱۳). همچنین سرلک و سجادیان (۲۰۰۶/۱۳۸۵) آلفای کرونباخ مقیاس را در نمونه‌ی ایرانی برای مؤلفه‌ی دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر عینی ۰/۵۰ دست آورده‌اند. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های دشواری و شناسایی احساسات، دشواری در توصیف

جدول ۱- محتوای جلسات بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
جلسه‌ی اول	آشنایی درمانگر و کودک با یکدیگر و ارائه‌ی خلاصه‌ی از فعالیت‌های جلسات، و برنامه‌های مورد استفاده
جلسه‌ی دوم	بررسی و شناسایی هیجان و عواطف دانش آموزان و ارائه‌ی برنامه‌ی درمانی در جهت کنش و واکنش‌های درونی و بیرونی
جلسه‌ی سوم	آشنایی و ارائه‌ی توضیح جامع درباره‌ی احساسات مختلف و نحوه‌ی شناسایی هیجان‌های مختلف و ارائه‌ی راه حل مرتبط جهت تنظیم مثبت هیجان‌ها
جلسه‌ی چهارم	شناخت افکار گوناگون و تحلیل و بررسی آن‌ها
جلسه‌ی پنجم	بحث و گفتگو درباره‌ی انواع هیجان‌ها و احساسات در طول زمان مشخص موجود در پروتکل درمانی ارائه شده
جلسه‌ی ششم	بازبینی و بازسازی هیجان و افکار بیان شده و بازسازی شناختی
جلسه‌ی هفتم	کنترل هیجان‌های منفی و انجام برنامه‌ی تمرینی و خودگویی‌های درونی جهت تحکیم مبانی ارائه شده پروتکل درمانی
جلسه‌ی هشتم	ارائه‌ی مهارت‌های حل مسأله و جمع بندی جلسات

### روند اجرای پژوهش

با هماهنگی‌های لازم با معاونت پژوهشی دانشگاه رازی کرمانشاه، حراست دانشگاه و گروه روان شناسی، طی دریافت مجوزهای لازم و هماهنگی با مراکز درمانی اختلالات فزون کنشی/ بی توجهی شهر کرمانشاه و کودکان و خانواده‌های آن‌ها و آماده‌سازی شرایط و محیط اجرای برنامه مداخله‌ای تعیین و زمان بندی‌های لازم مقرر شد و طی ایجاد هماهنگی ها و توضیحات لازم برنامه‌ی درمانی به صورت کامل اجرا شد.

### یافته‌ها

شاخصه‌ی توصیفی متغیرها و زیر مؤلفه‌های آن‌ها به تفکیک گروه‌ها در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

توصیه می‌شود خاتمه‌ی درمان به صورت یک فرآیند تدریجی انجام گیرد تا ظرف چند جلسه‌ی باقیمانده، کودک برای تکمیل درمان آماده شود. مطلوب است کودک برای این واقعیت و همچنین احساساتی که ممکن است با خاتمه‌ی درمان بروز کند، آماده شود. بسیار مهم است که پایان درمان به عنوان یک رویداد مثبت از طرف کودک درک شود، نه یک رویداد منفی. درمانگر باید پیشرفت کودک در فرآیند درمان را تشویق کند (دریوز، ۲۰۰۹/۱۳۸۹). در پایان جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از محاسبه‌ی میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس به وسیله نرم افزار Spss نسخه ۲۲ استفاده شد.

جدول ۳- شاخصه‌ی توصیفی متغیرها و زیر مؤلفه‌های جلسات بازی درمانی به تفکیک گروه‌ها در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	
		پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
دشواری شناسایی احساسات	آزمایش	۲۴,۱۳	۶,۴۱	۵,۶۲
	گواه	۲۴,۳۳	۵,۹۴	۵,۳۳
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۱۸,۱۳	۴,۱۰	۳,۹۴
	گواه	۱۹,۰	۴,۶۱	۴,۰۸
تفکر عینی	آزمایش	۲۶,۸۰	۳,۶۴	۳,۷۵
	گواه	۲۶,۳۳	۳,۷۱	۳,۶۱
آلکسیتایمیا	آزمایش	۶۹,۱۳	۹,۳۱	۹,۲۸
	گواه	۶۹,۶۶	۸,۵۰	۷,۹۴
پرخاشگری	آزمایش	۳۰,۱۳	۸,۴۰۸	۵,۱۳۳
	گواه	۲۸,۶۶	۲,۲۷۱	۲,۲۳۱

مذکور در گروه آزمایش دارد و این که اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری در کاهش این مشکلات را تأیید می‌کند. با توجه به این که میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیر وابسته بهبود را نشان می‌دهد، لذا می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی شناختی رفتاری منجر به کاهش آلکسیتایمیا و زیر مؤلفه‌های آن و همچنین پرخاشگری شده‌است.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در میانگین دشواری شناسایی احساسات میانگین از ۲۴ به (۱۶,۶۰) رسیده و همچنین میانگین دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی و آلکسیتایمیا به انضمام میانگین پرخاشگری به ترتیب از (۱۸,۱۳) (۲۶,۸۰) (۶۹,۱۳) (۳۰,۱۳) به (۱۳,۵۳) (۱۹,۲۶) (۴۷,۶۶) (۲۷,۷۳) تغییر یافته که نشان از کاهش مشکلات

جدول ۳- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای دو گروه

آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	Df خطا	sig	اندازه‌ی اثر
اثر پیلائی	۸۴۳,	۲۵,۷۷۹	۵,۰	۲۴,۰	۰۰۰,	۸۴
لامبدای ویلکز	۱۵۷,	۲۵,۷۷۹	۵,۰	۲۴,۰	۰۰۰,	۸۴
اثر هوتلینگ	۵,۳۷۱	۲۵,۷۷۹	۵,۰	۲۴,۰	۰۰۰,	۸۴
بزرگ‌ترین ریشه روی	۵,۳۷۱	۲۵,۷۷۹	۵,۰	۲۴,۰	۰۰۰,	۸۴

صرفاً بیان می‌دارد که در یکی از حیطه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما برای تشخیص این که در کدام حیطه‌ها تفاوت معنی‌دار است از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

به‌منظور پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس صورت گرفت. با توجه به‌اندازه‌ی اثر محاسبه‌شده ۹۹٪ از کل واریانس‌های گروه آزمایشی و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری برابر ۹۹٪ است بدین معنی که آزمون توانسته با توان ۹۹٪ فرض صفر را رد کند. این جدول



جدول ۴- همبستگی شیب رگرسیون اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توضیح متغیرهای پژوهش

متغیر	F	سطح معنی داری
دشواری توصیف احساسات	۰.۵۲	۰.۸۲۲
دشواری شناسایی احساسات	۱.۷۷	۰.۱۹۴
تفکر عینی	۰.۱۲۷	۰.۷۲۵
آلکسیتایمیا	۰.۲۱۶	۰.۶۴۶
پرخاشگری	۰.۱۳۵	۰.۱۶۹

پس از آنکه مشخص است که حاکی از نرمال بودن توزیع‌ها در پیش‌آزمون است و نشان می‌دهد که این آزمون هیچ نوع تخطی از این مفروضه را نشان نداد برای بررسی تأثیر بازی درمانی شناختی- رفتاری در مؤلفه‌های دشواری توصیف، دشواری شناسایی احساسات، تفکر عینی، آلکسیتایمیا و پرخاشگری از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

با توجه به جدول ۴ آماره‌ی کالموگروف- اسمیرنف ( $P < 0.05$ ) بررسی و نتایج آن مبنی بر نرمال بودن توزیع تأیید شد. متغیر آماره در دشواری توصیف ( $P < 0.05$ ،  $0.822$ )، دشواری شناسایی احساسات ( $P < 0.05$ ،  $0.194$ ) و تفکر عینی ( $P < 0.05$ ،  $0.725$ ) و آلکسیتایمیا ( $P < 0.05$ ،  $0.646$ ) و پرخاشگری ( $P < 0.05$ ،  $0.169$ ) است. که این نتایج نشان‌دهنده‌ی عدم معنی‌داری فرض صفر در پیش‌آزمون و معنی‌داری در

جدول ۵- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیره میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیر مهارت ارتباطی پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
دشواری شناسایی احساسات	۴۶۹,۰۳۰	۱	۴۶۹,۰۳۰	۶۰,۶۷۹	۰,۰۰۰	۰,۶۹
دشواری توصیف احساسات	۲۱۱,۹۶۶	۱	۲۱۱,۹۶۶	۷۱,۱۶۰	۰,۰۰۰	۰,۷۲
تفکر عینی	۳۸۳,۴۴۱	۱	۳۸۳,۴۴۱	۷۰,۵۰۳	۰,۰۰۰	۰,۷۲
آلکسیتایمیا	۳۷۰,۰۲۸	۱	۳۷۰,۰۲۸	۱۸۲,۷۵۲	۰,۰۰۰	۰,۸۷
پرخاشگری	۳۹۹,۸۳۱	۱	۳۹۹,۸۳۱	۱۸,۵۶۳	۰,۰۰۰	۰,۴۰

درمانی شناختی- رفتاری منجر به کاهش مشکلات آلکسیتایمیا و زیر مؤلفه‌های آن و پرخاشگری شده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیر برای متغیرها در جدول ۵ گزارش شده است که به شرح زیر است: آماره‌ی F برای مؤلفه‌های دشواری در توصیف احساسات ( $0.71, 160$ )، دشواری در شناسایی احساسات ( $0.60, 679$ )، تفکر عینی ( $0.70, 503$ )، آلکسیتایمیا ( $0.182, 752$ )، و پرخاشگری ( $0.18, 563$ ) در سطح  $0.001$  معنادار است. بنابراین در متغیرهای ذکر شده تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد که با توجه به آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفته، بازی درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات آلکسیتایمیا و برون‌ریزی‌های رفتاری از جمله پرخاشگری تأثیر دارد همچنین اندازه‌ی اثر نشان

با توجه به مندرجات جدول شماره‌ی ۵ مقدار F برای مؤلفه‌ی متغیرهای مورد پژوهش که در سطح ( $P < 0.000$ ) معنادار است. با توجه به اندازه‌ی اثر محاسبه شده می‌توان اظهار کرد که تغییر در مؤلفه‌های دشواری شناسایی احساسات و توصیف احساسات و تفکر عینی و آلکسیتایمیا به انضمام پرخاشگری ناشی از تأثیر متغیر مستقل (بازی درمانی شناختی- رفتاری) بوده است و دریافت این برنامه موجب افزایش این مهارت‌ها در گروه آزمایشی شده است. در متغیرهای مذکور بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.000$ ). در نهایت با توجه به این که میانگین گروه آزمایش در مقایسه‌ی با گروه کنترل در متغیر وابسته بهبود را نشان می‌دهد، لذا می‌توان نتیجه گرفت که بازی



در گروه آزمایش ناشی از دریافت برنامه‌ی بازی درمانی شناختی رفتاری است و این تفاوت نشان‌دهنده‌ی اثربخشی این برنامه بر بهبود آلکسیتایمیا در گروه آزمایشی بوده است این یافته با نتایج پژوهش‌های آشوری، قاسم‌زاده بیدگلی (۲۰۱۹)، ال‌هریری و فیصل (۲۰۱۳)، دون فرانسسیکو و همکاران (۲۰۱۳)، پست و همکاران (۲۰۱۹)، مطابقت دارد. آلکسیتایمیا نشان‌دهنده‌ی حالتی است که در آن افراد نتوانند حالت خود را تعدیل کنند و احساسات به‌منظور ارتقاء رفتار سازگارانه تعدیل کنند (ازبارانا و همکاران، ۲۰۱۸). آلکسیتایمیا به‌طور معمول با کاهش دقت در شناسایی احساسات، تداعی می‌شود که با ناهنجاری‌هایی در کاهش توانایی‌های ادراکی در روند خودکار تشخیص محرک‌های محیطی مختلف همراه است (لومینت و همکاران، ۲۰۱۲). امروزه مشخص شده که آلکسیتایمیا به‌طور کلی و زیر مجموعه‌های آن شامل مشکل در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و عوامل تفکر عینی به‌طور قابل‌توجهی با فزون کنشی مرتبط است (دون فرانسسیکو و همکاران، ۲۰۱۳). در تأیید این موضوع قابل ذکر است که، پژوهش‌های صورت گرفته با در نظر گرفتن واکنش‌های فیزیولوژیکی، اظهار می‌کنند که اختلال در مراحل پیش‌بینی و راه‌اندازی پاسخ پردازش عاطفی مرتبط با آلکسیتایمیا با توجه و اختلالات مرتبط با آن از جمله اختلال فزون کنشی/ بی‌توجهی مطابقت دارد. شواهد الکتروفیزیولوژیکی ارائه شده حاکی از کاهش پردازش اولیه‌ی موارد احساسی در آلکسیتایمیا است، که حاکی از درگیری ناکارآمد توجه و کنترل توجه است. علاوه بر این، لاروود و همکارانش همچنین دریافتند که افراد با آلکسیتایمیای شدید، احساسات عمیق (مانند خشم و ترس) را نسبت به افرادی که نمرات آلکسیتایمیای پایین‌تری داشتند، با شدت کمتر ارزیابی کردند. این نتایج با این نظریه مطابقت دارند که نقص‌های مربوط به آلکسیتایمیا در پاسخ به احساسات، حداقل تا حدی، ناشی از ارزیابی ضعیف محرک‌ها و ناشی از پردازش ضعیف اولیه‌ی اطلاعات است (لومینت و همکاران، ۲۰۲۱). از آن‌جا که زبان کلامی و غیرکلامی به افراد اجازه می‌دهد تا با افکار و احساسات درونی ارتباط برقرار کنند و گفته‌های دیگران را درک کنند که در زندگی اجتماعی نقش اساسی دارد بازی درمانی این فرصت را می‌دهد تا با کودکان از طریق زبان خود (بازی) و کلمات (اسباب‌بازی) ارتباط برقرار کنند (پست و همکاران، ۲۰۱۹). و به این دلیل که کودکان از طریق بازی جهان و جایگاه خود را درک می‌کنند، بازی فضایی است که آن‌ها آزادند تا احساسات درونی و عمیق‌ترین احساسات خود را به نمایش بگذارند. آن‌ها ممکن است از بازی به‌عنوان یک مکانیسم تسکین‌دهنده برای کنترل احساسات، یا برای بهبودی و حل مشکل استفاده کنند. دیگر یافته‌های این پژوهش نشان داد که بازی درمانی شناختی رفتاری بر کاهش پرخاشگری و

می‌دهد که ارائه‌ی بازی درمانی از تغییرات (۶۹٪) دشواری در شناسایی احساسات، (۷۲٪) دشواری در توصیف احساسات، (۷۲٪) تفکر عینی، (۸۷٪). آلکسیتایمیا و (۴۰٪) پرخاشگری را تبیین و توجیه می‌کند.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی بر کاهش آلکسیتایمیا و کاهش پرخاشگری در دانش‌آموزان با اختلال فزون کنشی/ بی‌توجهی بود و تلاش شد تا کودکان از طریق پرداختن به انواع بازی به‌صورت انفرادی و جمعی با اسباب‌بازی‌های گوناگون نسبت به احساسات و افکار خود، آگاهی بیشتری کسب کرده، نسبت به مشکلات خود و روش‌های مواجه‌شدن با مشکلات شناخت حاصل کنند، با تعارض‌ها و احساسات ناراحت‌کننده‌ی خود مواجه شده و به پیامدهای رفتار خود بیندیشند و در خلال بازی توجه پایدار خود را حفظ کرده و از حالت‌های هیجانی و شناختی منفی خود بکاهند. بازی درمانی نوعی درمان است که عمدتاً برای کودکان استفاده می‌شود زیرا کودکان ممکن است نتوانند احساسات خود را پردازش کنند یا مشکلات خود را به والدین یا بزرگ‌سالان دیگر بیان کنند. اگرچه ممکن است بازی یک فعالیت معمولی به نظر برسد، اما بازی درمانی می‌تواند بسیار بیشتر از این باشد. یک درمانگر آموزش‌دیده می‌تواند از زمان بازی برای مشاهده و کسب بینش در مورد مشکلات کودک استفاده کند. سپس درمانگر می‌تواند به کودک کمک کند تا احساسات را کشف کند و با آسیب‌های حل‌نشده مقابله کند. از طریق بازی، کودکان می‌توانند مکانیسم‌های مقابله‌ای جدید و نحوه تغییر جهت‌های رفتاری مناسب را بیاموزند. بازی درمانی توسط انواع متخصصان بهداشت روان دارای مجوز مانند روانشناسان و روان‌پزشکان، درمانگران رفتاری و شغلی، فیزیوتراپیست‌ها و مددکاران اجتماعی انجام می‌شود. بازی برای رشد سالم کودکان از اهمیت حیاتی برخوردار است. از منظر رشد، بازی مزایای جسمی، عاطفی، شناختی و اجتماعی فراوانی دارد. این به کودکان و نوجوانان اجازه می‌دهد مهارت‌های حرکتی را توسعه دهند، با مجموعه رفتارهای (اجتماعی) خود آزمایش کنند، سناریوهای جایگزین را شبیه‌سازی کنند و پیامدهای مثبت و منفی مختلف رفتار خود را در یک زمینه امن و جذاب بررسی کنند (دریوز، ۲۰۰۹/۱۳۸۹). با توجه به این هدف، کودکان در دو گروه آزمایش و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. یکی از یافته‌های مطالعه‌ی حاضر حاکی از آن بود که بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش نشانگان آلکسیتایمیا مؤثر واقع می‌شود دارد مقایسه نمرات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش نشان داد که تفاوت

روشی ساختاری و مبتنی بر تئوری است که مبتنی بر روند عادی‌سازی ارتباط و یادگیری کودکان است. در این نوع درمان اسباب‌بازی‌ها مانند کلمات برای کودک عمل می‌کنند و به عبارتی بازی زبان کودکان است (رباعی و ملکیان، ۱۳۸۴/۱۵:۲۰). در تبیین این یافته می‌توان بازی‌درمانی شناختی رفتاری را در کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری مذکور مؤثر دانست. در نتیجه می‌توان اظهار داشت که بازی‌درمانی روشی برای برآورده کردن و پاسخگویی به نیازهای بهداشت روانی کودکان است و از طرف متخصصان به‌عنوان یک مداخله‌ی مؤثر و مناسب در برخورد با کودکان دارای مشکلات رشدی شناخته‌شده است و راهی برای آن‌ها فراهم می‌کند تا تجارب و احساسات خود را از طریق یک‌روند طبیعی، به‌صورت خود هدایت‌شونده و خوددرمانی بیان کنند و از آن‌جا که تجربیات و دانش کودک اغلب از طریق بازی نمود می‌یابد بنابراین می‌توان بازی را، وسیله‌ای مهم برای شناخت کودکان در نظر گرفت. زیرا با ارتقاء مهارت‌های حل مسأله و استدلال منطقی، مهارت‌های تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی را به مراجع می‌آموزد و کمک می‌کند که افراد در موقعیت‌های مختلف راهبرد مناسب را به‌کارگیرند و بتوانند بر هیجانات و برون‌ریزی‌های رفتاری خود غلبه کنند.

با توجه به پیشینه‌ی پژوهشی یکی از عوامل اثرگذار در پایداری اثرات بازی‌درمانی بر کودکان با اختلال فزون‌کنشی/بی‌توجهی پیگیری و آموزش والدین جهت برخورد و کنترل مشکلات کودکان است. در خانواده رابطه‌ی بین والدین و کودکان تأثیر عمده‌ای بر بهبود یا ثبات مشکلات کودکان دارد. این مشکلات از سوی دیگر باعث استرس والدین نیز می‌شوند در نتیجه‌ی این تنش دوباره به کودکان منتقل می‌شود. بنابراین یکی از عوامل موفقیت درمان ارائه‌شده به این کودکان حفظ آرامش و همکاری بین اعضاء خانواده و کودکان است. در پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت مکانی جهت ارائه انواع بازی‌ها و همچنین محدودیت انواع و اقسام وسایل آموزشی و کمک آموزشی در مراکز ذی‌ربط اشاره کرد. در پایان پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های دیگری با ایجاد تنوع محیطی و ثبات زمانی و پیگیری طولانی‌مدت برای مشخص نمودن میزان ماندگاری تأثیر بازی درمانی در درمان و پی بردن به دلایل بازگشت شدت علائم اختلال فزون‌کنشی/بی‌توجهی اجرا شود. همچنین کارایی این روش با روش‌های دیگر در خصوص کاهش شدت علائم اختلال فزون‌کنشی/بی‌توجهی و بهبود عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مقایسه شود. به‌علاوه پیشنهاد می‌شود، به دلیل مزیت‌های اثبات‌شده‌ی بازی در رشد کودکان مربیان و معلمان برای آموزش نکات و مباحث درسی به کودکان و دانش‌آموزان از بازی‌های مناسب استفاده کنند.

رفتارهای تکانشی در کودکان با اختلال فزون‌کنشی/بی‌توجهی مؤثر است یافته‌های این بخش از پژوهش با یافته‌های پژوهش حسنی و همکاران (۲۰۲۱)، بادامیان و مقدم (۲۰۱۷)، اکبری و رحمتی (۲۰۱۵)، کاداسون همکاران (۲۰۲۰)، وچر و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۲)، مطابقت دارد. کودکان با اختلال فزون‌کنشی/بی‌توجهی مشکلات رفتاری زیادی دارند و یکی از نشانه‌های رفتاری بیش‌فعالی پرخاشگری و خشم در این کودکان است که مشکلات زیادی را به بار می‌آورد، کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اختلال فزون‌کنشی/بی‌توجهی اغلب برای مدیریت هیجانات قدرتمند با مشکل روبرو می‌شوند. محققان این وضعیت را اختلال هیجانی یا عاطفی می‌نامند. علائم بیش‌فعالی اغلب بی‌قراری، فعالیت زیاد، کنجکاو، آسیب‌پذیری و رفتار اعتراضی نسبت به دیگر کودکان است (کتابچه‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۸)؛ که موجب می‌شود این افراد سریع عصبانی شوند، احساسات را به‌شدت تفسیر کنند، در مدیریت خشم ناکارآمد شوند، و نسبت به سایر کودکان هم‌دوره خود طغیان احساسات از جمله پرخاشگری و تکانش‌گری بیشتری را تجربه می‌کنند، البته که در بیشتر مواقع، این واکنش‌ها تهدیدکننده نیستند اما گاهی اوقات با از دست دادن کنترل خشم این واکنش‌ها به پرخاشگری تبدیل می‌شود. این ویژگی‌های رفتاری نیز با پرخاشگری و تکانشی همراه است که می‌تواند آن‌ها را در تضاد مستقیم با همسالان خود قرار دهد. با توجه به موارد ذکرشده‌ی بازی‌درمانی بر پایه‌ی مدل شناختی رفتاری در موضوعاتی از جمله مهارت‌های اجتماعی و خودکنترلی، جرأت‌ورزی و همکاری و کنترل هیجانات از جمله پرخاشگری به‌عنوان مؤلفه‌های مختلف ارتباطی مشارکت می‌کند و موجب بهبود و کاهش مشکلات رفتاری می‌شود (آشوری و بیدگلی، ۱۳۹۷).

یکی از عوامل اثرگذار بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی که رفتارهای پرخاشگرانه دارند این است که این برنامه درمانی اصل لذت بردن در درمان را بسیار مورد تأکید قرار می‌دهد و به دلیل همراه شدن با سرگرمی و بازی، مهارت‌های کنترلی رشد می‌کنند و عزت‌نفس و خودپنداری افزایش می‌یابد. اگرچه بازی‌های زیادی برای کودکان مبتلا به اختلال فزون‌کنشی/بی‌توجهی استفاده می‌شود، اما برای بازی‌درمانگر مهم است که هر بازی دیگری را که کودک دوست دارد بازی کند (کاداسون، ۲۰۲۰). به دلیل مشکلات مربوط به توجه و تمرکز در این کودکان می‌توان بازی‌درمانی را یک درمان موجه و اثربخش در این کودکان معرفی کرد و از آن‌جا که روان‌درمانی کودکان با بزرگسالان متفاوت است و این که کودکان واژگان و بینش بزرگسالان را ندارند، بنابراین صحبت کردن در مورد مسائلی که موجب نگرانی آن‌ها می‌شود، بسیار دشوار است. بازی‌درمانی

<sup>1</sup> Vacher and et al

**قدردانی:** از تمامی کارکنان و مسئولین مراکز درمانی اختلالات فزون کنشی/ بی توجهی و تمامی کودکان عزیز و خانواده‌های گرامی آن‌ها که در این پژوهش مشارکت داشتند کمال تشکر و سپاسگزاری داریم.  
**تعارض منافع:** نویسندگان هیچ تعارض منافی اعلام نکرده‌اند.  
**حامی مالی:** این مقاله هیچ نوع حامی مالی نداشته است.

## References

- Akbari, B., & Rahmati, F. (2015/1394 s.c.). The Efficacy of Cognitive Behavioral Play Therapy on the Reduction of Aggression in Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Ment Health*, 2(2), 93-100. (In Persian)
- Al Hariri, A., & Faisal, E. (2013). Effects of teaching art activities by using the playing method to develop skills in preschool children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental Disabilities*, 19(1), 1- 6.
- Ahmadi Tabar, M., Jafari, F., Shafii, N. (2019/1398 s.c.). The effectiveness of group reality therapy on reducing aggression and anxiety of working children. *New Developments in Behavioral Sciences*, 5(51), 14-27. (In Persian)
- Antshel, K., & Simmons, J. (2020). Bullying, Aggression and ADHD. *Child & Youth Care forum* . Syracuse : Syracuse University.
- Ashori, M., & Dallalzadeh Bidgoli, F. (2018/1397 s.c.). The Effectiveness of Play Therapy Based on Cognitive-Behavioral Model: Behavioral Problems and Social Skills of Pre-School Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Jrehab*, 2(119), 102-115. (In Persian)
- Association, A. P. (2016). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association Publishing.
- Badamian, R., Ebrahimi Moghaddam, N. (2017/1396 s.c.). The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on flexibility in aggressive children. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19, 133-7. (In Persian)
- Relation of emotion processing styles and alexithymia with symptoms of borderline personality disorder. *J Babol Univ Med Sci*, 16(7), 55-62. (In Persian)
- Basharpour, S., Toloi Mehmandoostolya, A., Narimani, M., & Atadokht, A. (2014/1393 s.c.)
- Besharat, M. A. (2014/1393 s.c.). Toronto Emotional Cognitive Scale: Questionnaire, Implementation and Grading. *Developmental Psychology, Iranian Psychologists*, 37(10), 90-92. (In Persian)
- Campbell, S., Spieker, S., Burchinal, M., Poe, M., Belsky, J., Booth-LaForce, C., & et al. (2006). Trajectories of aggression from toddlerhood to age 9 predict academic and social functioning through age 12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(8), 791-800.
- Donfrancesco, R., Di Tran, M., Gregori, P., Auguanno, G., Melegari, M., & Zaninotto, S. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and alexithymia: A pilot study. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Journal*, 7-361.
- Drewes, A. (2009/1389 s.c.). *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy: Evidence-based and other effective treatments and thechniques*. Tehran: Vania. (In Persian)
- Faraone, S., Rostain, A., Blader, J., Busch, B., Childress, A., Connor, D., et al. (2019). Practitioner review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder—implications for clinical recognition and intervention. *J Child Psychol Psychiatry*, 60, 133- 150. (In Persian)
- Ganji, M. (2015/1395 s.c.). *Psychological Pathology Based on DSM-5* .Tehran: Savalan Publishing. (In Persian)
- Ganji, H. (2011/1391 s.c.) *Personality evaluation, second edition*. Tehran:Savalan Publishing. (In Persian)
- Groenman, A., Janssen, T., & Oosterlaan, J. (2017). Childhood psychiatric disorders as risk factor for subsequent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(7), 556–569.
- Homeyer, E., & Marrison, M. (2008). Play therapy: practice, issues, and trends. *American Journal of Play*, 1(2), 210- 228.
- Iraqi, Y., Bazazian, S., Amiri Majd, M., & Qamari, Mo. (2019/1398 s.c.). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Approach on Decrease Alexitimya and Hopelessness of Divorced Demanding Couples.. *Analitical-Cognitive Psychology*, 11(42), 83-97. (In Persian)
- Jadidi, A., & Dashti, N. (2022/1400 s.c.) Evaluation of the Effectiveness of Virtual Social Networks on the Level of Aggression and Creative Thinking of Female High School Students in Yazd. *Journal of Technology and Scholarship in Education*, 2(3), 15- 22. (In Persian)
- Kaduson, H. G. (2020). *Play therapy for children with attention- deficit/hyperactivity disorder*. Washington: The Guilford Press.
- Klein, R., Mannuzza, S., Olazagasti, M., Roizen, E., Hutchison, J., Lashua, E., & et al. (2012). Clinical and functional outcome of childhood attention-

- deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Archives of General Psychiatry*, 69, 1295–1303.
- Luminet, O., Bagby, R., & Taylor, G. (2018). *Alexithymia Advances in Research, Theory, and Clinical Practice*. Cambridge University Press.
- Luminet, O., Grynberg, D., Chang, B., Corneille, O., Maurage, P., Vermeulen, N., & Berthoz, S. (2012). Alexithymia and the processing of emotional facial expressions (EFEs): Systematic review, unanswered questions and further perspectives. *PLoS ONE*, 7(8), Article e42429
- Luminet, O., Nielson, K. A., & Ridout, N. (2021). Alexithymia as a fundamental dimension of emotional life: An integrative review. *Cognition and Emotion*.  
<https://doi.org/10.1080/02699931.2021.1908231>.
- Maleki, S., Falhi Khokhnab, M., Rahgovi, A., & Passerby, M. (2016/1395 s.c.) Investigating the effect of group training of anger management skills on the aggression of 81 to 81 year old male students. *Iranian Scientific and Research Journal of Nursing*, 14(63), 16-91. (In Persian)
- Mohamadi, R, Mahmoudi, R, & Sabouri, H. (1992/1371 s.c.). *Investigating the relationship between internet games and social networks with aggression of elementary school students from the perspective of parents in Parsian city*. The third international conference on recent innovations in psychology, counseling and behavioral sciences. (In Persian)
- Ozbarana, B., Kalyoncub, T., & Kosea, S. (2018). Theory of mind and emotion regulation difficulties in children with ADHD. *Psychiatry Research*, 270, 117–22.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2013). The 20-item Toronto alexithymia scale: III Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 269-275.
- Post, P., Phipps, C., Camp, A., & Grybush, A. (2019). Effectiveness of child-centered play therapy among marginalized children. *International Journal of Play Therapy*, 28(2), 88–97.
- Robaie, E., & Malekian, F. (2015/1394 s.c.). The effect of exploratory play therapy method on the reduction of the level of combined type/ ADHD in 9 to 11 years old boys. *Magnt Research Report*, 3(4), 14-22. (In Persian)
- Reddy, L., Files- Hall, T., & Schaefer, C. (2006). *Empirically based Play Interventions for Children*. Washington: American Psychological Association.
- Sarlak, F., & Sajjadian A. (2015/1394 s.c.). Comparison of emotional dyslexia, communication skills, anxiety and depression in codependent and normal people. *Journal of Social Psychology*, 11(40), 88-75. (In Persian)
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 171(3), 276–93.
- Taylor, J., Parker, J., & Bagby, R. (1999). Emotional Intelligence and the emotional brain: Points of convergence and implication of psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 27(3), 339- 354.
- Teimourian, S., Mirzaei, H., Pishyare, E., & Hosseinzadeh, S. (2020/1399 s.c.). Effect of Group Play Therapy on Emotional/Behavioral Problems of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder Aged 6-12 Years. *Jrehab*, 21(3), 390-405. (In Persian)
- Timothy, J. (2019). *What to Know about Alexithymia*. (J. Leonard, Ed.) Retrieved September 25, 2019, from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/326451>.
- Vacher, C., Romo, L., Dereure, M., Soler, M., Picot, M., & Purper-Ouakil, D. (2022). Efficacy of cognitive behavioral therapy on aggressive behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder and emotion dysregulation: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 23,, 124.
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *J. Psychosom. Res*, 99, 66–81.
- Zang, Y. (2019). Impact of physical exercise on children with attention deficit hyperactivity disorders: Evidence through a meta-analysis. *Medicine*, 98(46).